

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОЖИ БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМАТОЗНОЙ ЭРИТРОДЕРМИЕЙ

Мяделец В.О.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Эритродермии (ЭД), являющиеся результатом обострения ряда заболеваний кожи, часто требуют экстренных врачебных мероприятий, характер которых определяется заболеванием, приведшим к их возникновению. По мнению большинства исследователей, морфологические проявления ЭД накладываются на таковые предшествующего заболевания и могут маскировать их [1]. Тем не менее, детальные гистопатологические исследования и сопоставление их данных с клиническими признаками имеют большое значение, особенно в тех случаях, когда причины возникновения ЭД не установлены. Особенно важны повторные биопсии поскольку помогают выявить специфические заболевания, такие, например, как кожная Т-клеточная лимфома. По некоторым данным, они дают возможность установить диагноз предшествующего заболевания в 50% случаев.

Имеющиеся научные работы морфологического плана по проблеме дифференциальной диагностики ЭД скудны, эти данные отсутствуют даже в специальных руководствах [2,3], что обуславливает необходимость дальнейших исследований.

Целью настоящей работы явилось изучение морфологических критериев такой относительно часто встречающейся разновидности эритродермий, как экзематозная ЭД.

Материал и методы. Исследована кожа 6 больных экзематозной ЭД. Для сравнения изучена кожа больных псориазом в стадии обострения (6 больных) и

псориазической ЭД (6 больных) В качестве контроля использовали кожу 6 здоровых людей-добровольцев Для гистологического исследования использовали биопсийный материал, полученный от больных-добровольцев путем трепанобиопсии. Материал забирали цилиндрическим трепаном фирмы STIEFEL, фиксировали в 10% нейтральном формалине Парафиновые срезы окрашивали гематоксилин-эозином, фукселином по Харту, по методу Ван-Гизона и Гейденгайна, комбинированным методом ШИК-Хейла (метод Риттера-Олессона). С помощью ручной морфометрии определяли ряд показателей, характеризующих изменения в эпидермисе и дерме. Полученные данные обрабатывали статистически с помощью непараметрического критерия U Вилкоксона-Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение У больных с экзематозной ЭД в эпидермисе явления акантоза были умеренными и менее выраженными, чем при псориазе и псориазической ЭД. Вместе с тем, толщина надсосочкового эпидермиса была значительной и составляла 6,7 диаметров клеток. Большинство эпидермальных гребешков было узкими и длинными. Их длина составляла 360,0 мкм (30,0 клеток базального и шиповатого слоев), ширина - 123,9 мкм, или 10,3 клеток. Эти данные достоверно отличались от таковых при псориазической ЭД. Эпидермальные гребешки часто расширялись на конце и сливались друг с другом, формируя картину «кружева».

Гиперкератоз, равно как и паракератоз, в отличие от псориаза и псориазической ЭД был выражен в умеренной или даже незначительной степени. Обнаруживались лишь отдельные очаги паракератоза. Вместе с тем, в значительной степени были выражены явления спонгиоза и внутриклеточного отека кератиноцитов. Зернистый слой эпидермиса иногда на значительных расстояниях отсутствовал. Количество апоптотных клеток в шиповатом слое было увеличено до 30,5%. Митотически делящиеся клетки отсутствовали.

Отдельные шиповатые кератиноциты содержали гликоген. В некоторых участках эпидермиса это содержание было умеренным, Однако в отличие от псориаза и псориазической ЭД в большинстве случаев участки с гликоген-положительными клетками были небольшими, иногда представляли собой единичные клетки, в которых гликоген хотя и определялся, но содержание его было незначительным.

У больных с экзематозной эритродермией отмечались более выраженные изменения со стороны клеток Лангерганса. Количество их возрастало с 328,1 кл/мм² в контроле до 438,9/мм² (изменения достоверные, $P < 0,05$). Значительное количество клеток находилось в состоянии дегенерации. Некоторые клетки полностью лишались отростков и округлялись. Отмечалась выраженная неравномерность распределения клеток в эпидермальном пласте.

Изменения со стороны дермо-эпидермального сплетения выражались в очаговом уменьшении или отсутствии ШИК-позитивного материала. Аналогичные изменения выявлены и при окраске по Харту. Дермальные сосочки были резко расширены и удлинены. Капилляры в них часто были сжатыми и бескровными. Иногда обнаруживались капилляры, в которых отмечались явления эритростаза. Количество клеток в сосочковом слое было значительно увеличено. Сосуды подсосочкового сосудистого сплетения часто были малокровными. Клеточные инфильтраты здесь были обильными, иногда диффузными. Плотность их составляла 3072,3 кл/мм², что достоверно не отличалось от аналогичного показателя при

псориатической ЭД ($P > 0,05$). В состав инфильтратов кроме мононуклеаров, входили нейтрофилы и эозинофилы. Многие клетки находились в состоянии распада. Инфильтраты распространялись по ходу сосудов вглубь в глубокое дермальное сосудистое сплетение.

Межклеточное вещество соединительной ткани подвергалось изменениям, аналогичным таковым при псориазе в стадии обострения. Отмечались отек, гомогенизация, разрежение, иногда резкое снижение интенсивности окраски коллагеновых волокон. По сравнению с контролем снижалась удельная плотность коллагеновых волокон, но достоверно не отличалась от таковой при псориазе в стадии обострения. Эластические волокна на ряде участков становились размытыми, неотчетливыми, набухали. Уменьшалась их плотность по сравнению с контролем. Отдельные волокна были в состоянии распада. В ряде случаев в кровеносных сосудах терялись базальная мембрана эндотелия и эластические мембраны, располагающиеся в средней и наружной оболочках. Изменения со стороны основного вещества соединительной ткани дермы выражались в существенном уменьшении ШИК-положительного материала, характерного для нейтральных гликозаминогликанов, гликопротеинов и протеогликанов, и накоплении кислых гликозаминогликанов при одновременном уменьшении окрашивания коллагеновых волокон.

Со стороны производных кожи выявлены те же изменения, что и при псориатической ЭД. Они выражались в выраженном отеке соединительной ткани вокруг волосяных фолликулов и концевых отделов потовых желез, достаточно выраженных их деструктивных изменениях, накоплении кислых гликозаминогликанов в концевых отделах желез. Вокруг последних часто обнаруживались круглоклеточные инфильтраты. В отдельных железах эпителий становился многослойным

Выводы.

1. При экзематозной ЭД в отличие от псориаза и псориатической ЭД явления акантоза, гиперкератоза и паракератоза менее выраженные, значительно ниже содержание гликоген-позитивных кератиноцитов.

2. Клетки Лангерганса эпидермиса при экзематозной ЭД подвергаются более выраженным изменениям. 3. Клеточные инфильтраты в дерме при экзематозной ЭД распространяются в глубокие зоны сетчатого слоя, в них имеет место разрушение клеток.

Литература:

1. Тарасенко Г.Н., Тарасенко Ю.Г., Кузьмина Ю.В. и др. К вопросу о диагностике псориатической эритродермии // Рос. ж. кожных и венерических болезней - 2007. - № 2. - С 8-13.
2. Цветкова Г.М., Мордовцева В.В., Вавилов А.М., Мордовцев В.Н. Патоморфология болезней кожи: руководство для врачей. - М.: Медицина, 2003. - 496 с
3. Патология кожи / Под ред. В.Н. Мордовцева, Г.Н. Цветковой - М.: Медицина, 1993 - Т. 2. 384 с.